

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par Robert FRANÇOIS

LES FISTULES LOMBAIRES

APRÈS LA

NÉPHRECTOMIE POUR TUBERCULOSE RÉNALE

Président : M. F. LEGUEU, professeur.



A. MALOINE ET FILS, ÉDITEURS

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS 1923

878

276

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

276

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par Robert FRANÇOIS

LES FISTULES LOMBAIRES

APRÈS LA

NÉPHRECTOMIE POUR TUBERCULOSE RÉNALE

Président : M. F. LEGUEU, professeur.



A. MALOINE ET FILS, ÉDITEURS

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS 1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. ROGER	
Assesseur		G. POUCHET	
Professeurs		MM.	
Anatomie		NICOLAS	
Anatomie médico-chirurgicale		CUNEO	
Physiologie		CH. RICHET	
Physique médicale		ANDRÉ BROCA	
Chimie organique et chimie générale		DESGREZ	
Bactériologie		BEZANCON	
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BRUMPT	
Pathologie et thérapeutique générales		MARCEL LABBÉ	
Pathologie médicale		X...	
Pathologie chirurgicale		LECENE	
Anatomie pathologique		LETULLE	
Histologie		PRENANT	
Clinique thérapeutique chirurgicale		PIERRE DUVAL	
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET	
Thérapeutique		CARNOT	
Hygiène		BERNARD	
Médecine légale		BALTHAZARD	
Histoire de la médecine et de la chirurgie		MENETRIER	
Pathologie expérimentale et comparée		ROGER	
Clinique médicale	}	ACHARD	
		WIDAL	
		GILBERT	
		CHAUFFARD	
Hygiène et clinique de la première enfance		MARFAN	
Clinique des maladies des enfants		NOBECOURT	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		CLAUDE	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JEANSELME	
Clinique des maladies du système nerveux		PIERRE MARIE	
Clinique des maladies contagieuses		TEISSIER	
Clinique chirurgicale	}	DELBET	
		GOSSET	
		LEJARS	
		HARTMANN	
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE	
Clinique des maladies des voies urinaires		LEGUEU	
Clinique d'accouchements	}	BAR	
		COUVELAIRE	
		BRINDEAU	
		J.-L. FAURE	
Clinique gynécologique		AUGUSTE BROCA	
Clinique chirurgicale infantile		VAQUEZ	
Clinique thérapeutique		SEBILEAU	
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		SERGENT	
Clinique propédeutique			
Agrégés en exercice.			
MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LELORIER	RETERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVI-SOLAL	SCHWARTZ (A)
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBÉ (HENRI)	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVAS-	OKINCZYC	
	TINE		
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

A M. le D^r de BERNE LAGARDE

Chef de clinique à l'hôpital Necker.

*En témoignage de reconnaissance et de
profonde sympathie.*

A M. le D^r FLANDRIN

Interne, médaille d'or

*En souvenir des précieux conseils qu'il
nous donna pour ce travail.*

A M. le D^r VERLIAC

Chef de laboratoire à l'hôpital Necker.

*Par reconnaissance envers sa collabora-
tion sympathique.*

A M. le D^r FOUQUIAU

A M. le D^r F. MARSAN

A M. le D^r GARCIN

A MON AMI HENRY LOB

A NOTRE MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. LEGUEU

Officier de la Légion d'honneur
Chirurgien à l'hôpital Necker
Professeur de clinique urologique à la Faculté

*Qui nous inspira le sujet de cette thèse
et nous fit le grand honneur d'ac-
cepter la présidence de notre jury.
Humble hommage à sa grande bien-
veillance.*

A MON JURY DE THÈSE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

LES FISTULES LOMBAIRES

APRÈS

LA NÉPHRECTOMIE POUR TUBERCULOSE RÉNALE

On ne discute plus actuellement les indications et la valeur de la néphrectomie dans le traitement de la tuberculose rénale. Les résultats opératoires ont réalisé tous les espoirs que l'on avait mis en elle. Combien de ces néphrectomisés mènent actuellement une vie normale avec un seul rein ! Mais si la néphrectomie est une puissante ressource thérapeutique régulière dans ses résultats, nous devons cependant constater que la guérison définitive de l'opéré est souvent retardée par des complications spéciales à cette opération. Aussi lorsque l'on envisage la faible mortalité globale qui atteint à peine 1,7 %, on ne peut ne pas penser que la suppression de ces complications ferait de la néphrectomie pour tuberculose une des opérations radicales les plus bénignes et les plus parfaites, l'opération idéale, à peu près totalement exempte de mortalité et de morbidité.

C'est pourquoi nous avons choisi comme sujet d'étude parmi les complications qui peuvent suivre la néphrec-

tomie celle qui offre par sa fréquence et sa régularité d'apparition le plus d'intérêt pratique : la fistule lombaire post-opératoire constitue en effet 80 % des fistules post-opératoires. Alors que la plaie lombaire se cicatrise souvent en deux et cinq semaines, il n'est pas rare de voir la plaie s'ouvrir de nouveau et une petite fistule s'établir dont la durée et l'importance seront très variables.

Cette fistule peut être intestinale ce qui est rare, urinaire ce qui l'est moins ; mais surtout et dans la majorité des cas elle sera purulente. Cette dernière, la fistule lombaire purulente après la néphrectomie pour tuberculose rénale, s'impose donc déjà par sa fréquence. De tous temps on en a recherché les causes. On a pu incriminer en dehors de la nature même de l'affection rénale qui a motivé l'intervention, les fautes de technique, la septicité de la plaie. C'est à l'étude de cette pathogénie que nous voulons contribuer en envisageant plus particulièrement les fistules purulentes.

Nous ne dirons qu'un mot des fistules intestinales ou urinaires.

LES FISTULES NON PURULENTES

On sait qu'à la suite de la néphrectomie les fistules peuvent être de trois ordres : purulentes, urinaires ou intestinales. Nous étudierons d'abord les fistules intestinales, puis les fistules urinaires. Nous insisterons plus sur les fistules purulentes qui font l'objet de notre travail.

LA FISTULE INTESTINALE

Celles-ci sont les moins fréquentes et ne sont pas spéciales à la néphrectomie ; aussi ne nous y arrêterons-nous que peu, simplement pour dire qu'elles sont la conséquence des périnéphrites qui créent quelquefois une solidarité intime entre l'intestin et les tissus péri-rénaux, et par le même coup une nouvelle difficulté opératoire. C'est à la suite de tractions, de déchirures du tissu de péri-néphrite ayant pour but de mieux libérer le rein, surtout dans les néphrectomies extra-capsulaires, ou bien à la suite d'une faute de technique, que l'on pourra traumatiser l'intestin. Ce sont des fistules banales dues essentiellement au traumatisme opératoire.

Du côté droit ces fistules sont généralement duodénales. Du côté gauche elles sont essentiellement cœliques et intéressent le côlon descendant surtout au niveau de l'angle splénique. Nous n'insisterons pas sur leur traitement par l'iléo-sigmoïdostomie ou, comme le préconise le professeur Legueu, par la côlectomie partielle suivie d'une cœlo-côlostomie.

On trouvera une observation intéressante de fistule intestinale après la néphrectomie dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie*, c'est l'observation de Chaton, de Besançon, qui a guéri sa malade par une côlectomie partielle.

LA FISTULE URINAIRE

Par contre la fistule urinaire est plus fréquente et surviendra par exemple chez un néphrectomisé qui verra tout d'un coup ses urines passer en totalité ou en partie par la plaie, la quantité d'urine ainsi émise par la fistule augmentant sensiblement les jours suivants.

Il est assez troublant de constater qu'après avoir mis une ligature bien faite sur l'uretère on verra apparaître une fistule urinaire qui dans un autre cas ne surviendra pas bien que l'uretère ait échappé par sa déchirure à toute possibilité de ligature.

Les opérations avaient été toujours bien réglées dans les cas de fistules urinaires que nous avons constatés. Mais nous verrons bientôt qu'il résidait déjà dans l'uretère de fortes raisons qui pouvaient les engendrer.

Après la néphrectomie l'uretère en effet ne cesse pas

de fonctionner bien qu'il n'en ait plus aucune raison physiologique, et les modifications lentes de l'uretère après la néphrectomie ont été magistralement décrites dans la thèse de Lorin inspirée par le professeur Legueu. La cystoscopie chez un néphrectomisé va permettre par exemple d'observer des ouvertures et des contractions du méat urétéral correspondant au rein néphrectomisé. Puis au bout de deux à trois ans à la suite d'une oblitération qui se fait de haut en bas, l'uretère se transforme en un cordon fibreux complètement oblitéré. Mais il s'en faut toujours que ce processus cicatriciel soit aussi rapide et constant, aussi est-il fréquent de voir survenir à la suite de la néphrectomie des complications qui tiennent à la présence de l'uretère tuberculeux dans la plaie, et parmi celles-ci on s'aperçoit tout de suite que le reflux d'urine par la plaie est la complication la plus importante.

Chez ces malades qui présentent une perméabilité de l'uretère du côté opéré, l'urine remonte de la vessie dans l'uretère et va suinter au dehors. Quand il y a eu drainage, le reflux d'urine apparaît dans les quatre à cinq jours qui suivent la néphrectomie ; s'il n'y a pas eu drainage, c'est après le 10^e jour. Sa durée variera de quelques jours à plusieurs mois. Et sa quantité pourra représenter quelques gouttes ou une partie assez importante de la sécrétion totale. C'est ainsi qu'à chaque miction on pourra constater une éjaculation d'urine qui ira souvent du quart à la moitié du volume total de cette miction.

Plusieurs facteurs sont nécessaires à la formation de

ces fistules urinaires. Tout d'abord le mauvais état de la vessie qui, enflammée, souvent ulcérée, n'a pas encore recouvré sa capacité normale ; son intolérance se manifeste par des contractions brusques, puissantes qui cherchent à évacuer de force le peu d'urine qu'elle contient. Ensuite cette pression s'exerce sur un méat urétéral, déjà altéré avant la néphrectomie, dont le sphincter et la muqueuse ont été remplacés par du tissu sclérotuberculeux. Cet orifice urétéral est donc dilaté, rouge, béant, en gueule de four. Mais tout ceci n'est pas suffisant ; et même ce second facteur, accessible et visible par la cystoscopie, de la formation du reflux urinaire, n'est que le reflet, que la suite de la dernière et plus importante condition : l'altération tuberculeuse de l'uretère. En réalité c'est ici que réside tout le mal. Et il est très facile de s'en rendre compte en examinant quelques pièces anatomo-pathologiques. Dans tous les cas qui nous intéressent l'uretère est élargi plus ou moins régulièrement ; de plus il est énormément dilaté. Il a d'autre part perdu toute sa souplesse et par conséquent il lui est impossible d'amorcer quelques contractions véritablement utiles à son évacuation. Si on a pu constater une ébauche de contraction, elle n'a plus rien de comparable à cette contraction régulière et entière qui va oblitérer l'uretère d'abord tout en haut, puis va gagner tout l'uretère de haut en bas pour en exprimer tout ce qu'il contient. L'onde contractile ne peut évidemment plus parcourir un organe dont la muqueuse est farcie de tubercules qui désagrègent jusqu'à la couche musculaire, l'ulcèrent et la remplacent par du

tissu scléreux non contractile. Sa paroi extérieure est envahie par des zones d'infiltration embryonnaire dans lesquelles on reconnaît des follicules tuberculeux nets ou transformés en une masse compacte de tissu fibro-adipeux.

Le D^r Papin en a rapporté 3 cas à la Société d'Urologie (1919-1920). Dans le premier cas la présence de péri-urétérite et de péripyélite intenses est nettement établie par la difficulté de l'opération elle-même. Dans les deux autres cas le reflux s'est établi dès que tomba l'obstacle qui s'opposait à sa formation, la ligature jetée sur la partie supérieure de l'urètre.

La thérapeutique de cette complication s'inspire de son étiologie. C'est l'uretérectomie. Dans un cas le professeur Hartmann dut faire une uretérectomie secondaire. Le professeur Legueu fut obligé dans un cas similaire de pratiquer aussi l'uretérectomie secondaire, qui donna aussi le même résultat favorable. Dans un autre cas il fut obligé d'intervenir après dix-huit mois de fistule urinaire. Mais ici fallait-il intervenir puisque dans ce cas particulier l'uretérectomie n'en laissait pas moins persister l'orifice vésical béant, dilaté de cet urètre ? Le professeur Legueu découvrit l'urètre, allait en sectionner une partie quand ce conduit se déchira très bas près de son implantation vésicale, à cause de sa grande friabilité. Il restait alors en place un petit moignon d'urètre sur la vessie, si petit qu'il ne permettait même pas la ligature. C'est alors ici que réside la preuve de la véracité de ce que nous avançons tout à l'heure en disant que la béance de l'orifice uré-

téral ne suffit pas pour provoquer le reflux d'urine, mais qu'il faut avant tout des altérations tuberculeuses de l'uretère, car, contre toute attente, ce malade guérit tout de suite seul et sans ligature bien que l'orifice urétéral persistait béant et dilaté. C'était donc une *uretérectomie subtotale* qui l'aurait guéri.

La conduite à tenir en face d'un reflux vésico-urétéral s'inspirera de ce cas. Mais il faudra tout d'abord beaucoup de patience de la part du malade et du chirurgien. Celui-ci devra sans arrêt soigner la vessie tuberculeuse par des instillations appropriées, bien qu'une vessie malade et intolérante ne puisse causer à elle seule du reflux vésico-urétéral tant qu'il n'y a pas d'altération du méat, signature d'une altération tuberculeuse plus profonde et capitale de l'uretère. Ce n'est qu'au bout de plusieurs mois que l'on pourra songer à faire une uretérectomie secondaire, avec ligature au contact de la vessie.

II

LA FISTULE LOMBAIRE PURULENTE

Il est assez désagréable pour le chirurgien d'avoir à parler d'une telle complication, mais il faut bien se rendre compte qu'à la suite de la néphrectomie pour tuberculose il y a là quelque chose de spécial qu'on ne rencontre nulle part ailleurs en chirurgie.

Prenons une appendicite : si au bout de huit à dix jours après l'opération, la plaie présente une petite rougeur, un peu de pus va s'éliminer et tout va s'arranger en quelques jours sans qu'il reste par la suite une fistule.

Au contraire à la suite d'une néphrectomie, et nous pouvons dire que c'est la règle, nous allons voir une plaie bien cicatrisée s'ouvrir de nouveau trois semaines après l'intervention ou bien nous allons constater qu'après avoir enlevé un drain, laissé quelques jours, la plaie n'aura aucune tendance à la cicatrisation, et va bien au contraire se mettre à éliminer du pus régulièrement et pour longtemps. Aussi la fréquence de cette fistule nous a-t-elle enseigné la crainte de voir la plaie rénale suppurer bien au delà de la néphrectomie.

Mais tout de même il faut remarquer qu'il se passe là ce qui se produit dans toute opération de tuberculose ;

et il y a infection du milieu par l'agent microbien, quelque chose de comparable à une pleurotomie qui se met à suppurer sans arrêt dès l'ouverture.

SYMPTOMATOLOGIE

Ces fistules purulentes ont deux modes d'apparition très différents qui sont sous la dépendance de la date à laquelle elles se produisent.

Dans une première catégorie où la fistule *survient de trois à six semaines après la néphrectomie*, on est en présence d'un malade chez qui on a pu constater une cicatrisation rapide et parfaite de la plaie opératoire. Combien en avons-nous vu de ces malades quittant l'hôpital au bout de trois semaines avec une plaie parfaitement cicatrisée, qui revenaient brusquement quelques jours après avec un peu de fièvre, à peine plus de 38° et un peu de rougeur sur un point de leur cicatrice. Puis le lendemain la fièvre tombait, et l'on constatait dans la cicatrice une petite ouverture qui laissait sourdre du pus. Il y a donc des fistules purulentes tardives greffées sur une plaie cicatrisée par première intention.

A cette première catégorie nous pouvons opposer une deuxième classe, celle des *fistules immédiates*. Dès après la néphrectomie, la plaie ne se cicatrise pas et jette un pus abondant. S'il a fallu par malheur laisser un drain dans la plaie, c'est sur l'emplacement même de ce drain que s'établira la fistule. Donc il n'y aura jamais eu de fermeture de la plaie, et nous pouvons

dire qu'il y a eu dans ce cas fistulisation absolument immédiate de la plaie.

La cicatrice sur laquelle s'abouche la fistule ne laisse souvent pas prévoir une telle complication : la plaie lombaire a toujours eu bon aspect, ses lèvres ont toujours été parfaitement accolées et aucun des points de suture n'a présenté de suintement. Ce n'est qu'un jour ou deux avant l'ouverture de la fistule qu'on a pu y constater un peu de rougeur sur un point.

Cependant quelquefois on a pu la prévoir d'emblée quand on s'est trouvé en présence d'une plaie anfractueuse, aux bords mal joints laissant apparaître des tissus d'un rouge pâle, peu bourgeonnants, ou bien souillée par une sérosité louche qui facilite la désunion des sutures, désagrège les tissus et se transforme rapidement en pus. C'est donc sur ces deux aspects de la cicatrice, que l'on découvrira l'orifice de la fistule, soit très visible sous forme d'une dépression brusque et très circonscrite par où en pressant sur toute la région on pourra faire sortir du pus ; ou bien il sera dissimulé parmi quelques bourgeons charnus entourant une région mal jointe de la cicatrice.

Très souvent *l'orifice*, rarement double ou multiple, siège à une extrémité de la cicatrice, mais rarement au milieu de la plaie. Toute la région est alors humectée par le suintement qui baigne les excroissances charnues en relief sur les téguments, et les plis de la peau qui à cet endroit est déprimée et froncée ; il est d'ailleurs souvent la cause d'un érythème spécial, qui est localisé au pourtour de la cicatrice.

Le trajet est d'ordinaire direct. Il mène dans la loge rénale par une voie à peu près rectiligne de 3 à 10 centimètres que la sonde cannelée suit aisément. Son calibre est étroit, forcément un peu irrégulier, avec des diamètres très variables. Les parois sont épaissies, rigides, quelquefois calleuses comme tout le tissu dans lequel il est creusé. Quelquefois d'ailleurs la rigidité de ces parois est une des raisons de la persistance de ces fistules. Le trajet aboutit à la loge rénale.

L'écoulement qui vient de ce trajet est franchement purulent, jaune, jaune verdâtre, ou blanchâtre, souvent épais mais devenant fluide par la suite et mélangé à beaucoup de sérosité au début. Cet écoulement est constant pendant les premiers mois, d'une telle abondance quelquefois qu'il nécessite un pansement journalier. Puis il se ralentit et ne fait plus que laisser sur les compresses qui garnissaient la plaie, une tache jaunâtre, d'un pus déjà desséché.

Si on l'examine au microscope on peut constater tout d'abord une abondance très grande de polynucléaires, quelques mononucléaires ; puis sur ce champ de nombreux cocci.

Nous y avons rencontré du staphylocoque, du tétragène, du streptocoque.

Les bacilles ne font pas défaut puisque nous y avons même trouvé dans certains cas du colibacille.

Nous avons aussi cultivé de ce pus sur bouillon avec repiquage sur gélose ; nous avons eu alors une culture d'odeur nettement infecte et montrant à l'examen une purée de colibacilles.

Ce pus fistuleux contient-il du bacille de Koch ? Il peut en contenir en effet, mais rarement. Mais le plus souvent on y rencontrera les microbes énumérés plus haut, témoins d'une infection secondaire très intense.

Mais peut-il y avoir chez de tels malades des signes vésicaux ? En réalité cette éventualité est exceptionnelle puisque les fistules que nous étudions sont des fistules purulentes liées dans la majorité des cas à l'évolution d'une infection locale de l'atmosphère celluleuse péri-rénale.

Quoi qu'il en soit ces signes vésicaux secondaires pour nous dans le tableau clinique peuvent relever de deux facteurs : 1° des lésions vésicales contemporaines de l'affection rénale qui a nécessité la néphrectomie, et qui continuent leur lente évolution vers une guérison parfois longue et douloureuse.

2° Plus rarement l'uretère pourra directement être en cause dans l'étiologie de ces troubles vésicaux entretenant d'une part les signes propres à la fistule, et manifestant d'autre part ses propres lésions par des signes d'infection vésicale banale et progressive.

Les signes fonctionnels sont donc d'ordre banal c'est-à-dire qu'on notera seulement de la pollakiurie, de la dysurie, de la cystalgie et de la pyurie. Comme on le voit il n'y a là rien de pathognomonique.

Il en est d'ailleurs de même pour les symptômes généraux, toujours très atténués, et plus souvent absents. Ils se manifestent surtout au moment où s'établit la fistule.

Prenons comme exemple le malade chez qui il y a

eu cicatrisation rapide de la plaie opératoire, tout va pour le mieux mais sans que l'on sache pourquoi, on pourra constater chez le convalescent une série de signes avant-coureurs. Le malade est plus fatigué que de coutume il sent une tension profonde au niveau de sa plaie qui devient en même temps plus rouge, très sensible à la pression locale, et plus tendue en un point limité, l'appétit qui était revenu depuis l'opération, fait place à de l'inappétence ; le faciès est moins bon que les jours précédents. Le malade a un peu maigri. Il a ressenti quelques frissons et a surtout noté une élévation de température variable suivant les cas, pouvant atteindre 39° mais se tenant généralement autour de 38°5. Nous avons donc là tout à fait le tableau d'une rétention septique de virulence moyenne. Ces symptômes vont s'installer brusquement, durer deux à trois jours puis tout à coup la collection purulente, déjà constituée intérieurement, va se frayer un passage au niveau du tissu de cicatrice. C'est alors un écoulement abondant de pus jusqu'à ce que la poche profonde se soit bien exprimée. Avec cette ouverture coïncide la disparition absolue de tous les symptômes généraux et fonctionnels et puis dans les jours qui suivent s'installe le suintement continu qui amène le malade au chirurgien, quelques semaines parfois après sa sortie de la Maison de Santé.

Il est aisé d'en déduire que dans le cas de plaie drainée ou désunie presque immédiatement les symptômes généraux feront alors défaut ; et rien ne marquera dans ces cas l'apparition de la fistule si ce n'est la permanence de l'écoulement.

Quelquefois il se peut que la fistule s'étant installée depuis quelque temps, on soit surpris de constater des recrudescentes de la fièvre des frissons une plus grande altération de l'état général tous signes qui avaient été en quelque sorte les prodromes de la fistule lombaire. Il s'agira dans ces cas d'une oblitération temporaire du trajet de la fistule, provoquant des symptômes de rétention.

On est autorisé à tirer cette conclusion que les signes généraux que nous avons énoncés n'appartiennent pas en propre aux fistules, mais en sont plutôt les prodromes ou la conséquence d'une oblitération temporaire du trajet fistuleux.

III

EVOLUTION

Voici donc la fistule purulente installée ; elle va fonctionner régulièrement et pour longtemps. On pourra constater le même écoulement de pus jaune verdâtre, tachant de la même façon la compresse placée au niveau de l'orifice de la fistule qui devient le siège d'un érythème secondaire. Il peut être fréquent par suite d'une rapide oblitération du trajet, ou parce que le pus aura été moins abondant, d'observer un arrêt temporaire de l'écoulement. Mais aussitôt apparaîtront les symptômes de rétention que nous avons noté dans un précédent chapitre. Puis au bout d'un temps variable on assistera à une véritable débâcle purulente inondant le pansement du malade. La fistule se mettra à fonctionner de nouveau régulièrement et inlassablement. On aura assisté dans ces cas à des simulacres de guérison, dus aux périodes de rétention passagère sur lesquelles nous n'avons nul besoin d'insister.

Ces fistules purulentes au point de vue de leur évolution peuvent se classer en deux catégories :

1° *Il y en a qui guérissent d'elles-mêmes* en quelques mois. On assistera alors dans ce cas à une diminution progressive et régulière de l'écoulement qui devient

plus clair, blanchâtre, et donne plutôt l'impression d'un suintement que d'une évacuation nette de pus. Les bords de la plaie et les lèvres de l'orifice fistuleux sont moins irrités, se rapprochent et bourgeonnent. On a de plus en plus de peine à faire pénétrer un stylet dans le trajet qui a perdu de sa profondeur. Puis un jour le stylet ne peut pénétrer plus avant, et l'orifice fistuleux fait place à une petite ulcération qui se recouvre rapidement d'une mince pellicule épidermique, et qui va prendre tout à fait l'aspect du tissu cicatriciel voisin. La fistule lombaire purulente n'existe plus. Ces fistules guérissent spontanément, ce sont donc les plus intéressantes pour l'opéré.

2° *Il y en a de permanentes.* — Nous entrons avec celles-ci dans la complication la plus décevante de la néphrectomie. Ce sont celles qui ont pu faire discuter la valeur de l'opération proposée au malade. Elles constituent en effet pour le néphrectomisé une gêne continuelle, nécessitant le port permanent d'un pansement gênant, susceptible de glisser, et que le malade a vite tendance à considérer comme une tare définitive. Il en est d'autant plus atteint que, dans certains cas la cystite tuberculeuse intense, qui l'avait contraint à venir consulter le chirurgien, s'est améliorée. Pour les comprendre il suffit d'observer la décourageante régularité de l'écoulement. Il ne se modifie nullement, pas plus dans son aspect que dans sa quantité, l'orifice n'est pas moins gros qu'au début de la fistule et le trajet reste aussi profond.

Rien ne semble vouloir se modifier malgré tous les

traitements locaux. L'état général finit par s'en ressentir, et le malade perd les quelques kilogrs qu'il avait gagné après la néphrectomie. Il s'affaiblit et offre un terrain bien préparé pour l'éclosion d'une affection intercurrente. C'est dans ces cas rebelles qu'il a fallu à tout prix envisager une thérapeutique radicale qui nous a quelquefois permis d'en saisir l'étiologie.

IV

DIAGNOSTIC

Le diagnostic positif de la fistule lombaire est excessivement facile. Le pus qui s'écoule par un orifice situé sur la ligne de cicatrisation de la plaie de néphrectomie. l'exploration au moyen d'un stylet du trajet présumé et qui même profondément vers la loge rénale, imposent le diagnostic d'autant plus facilement que l'on sait la nature de l'intervention et que l'on apprend que la plaie s'est bien cicatrisée pour s'ouvrir ensuite, ou bien qu'il a fallu laisser un drain dans la plaie pour parer aux risques trop nombreux d'infection au cours d'une intervention difficile.

Le diagnostic de la nature de la lésion est au contraire plus délicat, et plus utile, car des fistules uropurulentes ressemblent sensiblement aux fistules purulentes. On aura recours à cet effet, à l'examen direct qui ne donnera que très peu de renseignements.

L'examen du liquide, sa couleur, sa fluidité, son odeur plus ou moins urineuse pourront fournir quelques présomptions dans les cas douteux. De même l'examen histo-bactériologique et la *recherche de l'urée* dans le pus excrété pourront être très utiles.

D'autre part on pourra aider le diagnostic par des

manœuvres complémentaires afin de savoir s'il n'y a pas une participation exceptionnelle de l'uretère dilaté avec son orifice dilaté béant, pour éliminer les fistules urinaires ce qui est le plus important. Il est classique d'injecter alors par la fistule des solutions colorantes de bleu de méthylène et d'essayer de constater l'apparition précoce, rapide ou retardée de ces substances dans l'urine vésicale pour infirmer ou confirmer un diagnostic hésitant.

Il ne faudra pas non plus manquer de rechercher les renseignements que pourra nous fournir le milieu vésicale au moyen de la cystoscopie. On pourra constater ainsi :

1° Soit les lésions habituelles de cystite banale ou de cystite tuberculeuse, ce qui n'est pas sans intérêt.

2° Les caractères morphologiques du méat urétéral pour voir s'il n'est pas œdématié béant, ulcéré s'il n'a pas des éjaculations purulentes, ce qu'il faudra bien plus considérer comme un signal, le seul visible, d'une altération profonde et haut située de l'uretère, que comme la cause du reflux d'urine s'il existe.

La cystoscopie nous permettra en outre de faire un cathétérisme de l'uretère que l'on soupçonne participer à la formation de la fistule.

On poussera une sonde dans l'uretère, et le plus haut possible. Tout d'abord on injectera dans la sonde une solution colorante de bleu de méthylène par exemple, afin d'essayer de constater, par l'orifice de la fistule, le reflux du liquide coloré. On pourra en outre injecter dans cet uretère, après cathétérisme une solution

opaque aux rayons X, (bromure de sodium par exemple) et s'il y a communication entre le milieu vésical et la fistule lombaire. La plaque radiographique, fixera d'une façon indiscutable non seulement les caractères morphologiques, dilatation et rétrécissements de l'uretère en cause. mais par l'ombre présentée sur la radiographie l'inondation de la loge fistuleuse par le milieu opaque. Nous aurons ainsi une preuve certaine de la nature urinaire de la fistule ; et si tous ces examens ont été négatifs on peut alors affirmer la nature purement purulente de la fistule que l'on a à combattre.

LES CAUSES DES FISTULES PURULENTES

Nous sommes en présence d'une fistule purulente après une néphrectomie, correcte ou difficile, faite sans ouverture d'aucune poche purulente, avec ou sans drainage. Les causes que nous lui avons trouvées sont susceptibles de se classer en deux catégories :

a) *Celles qui tiennent à l'opération elle-même* c'est-à-dire la présence d'un fil de soie dans la plaie, d'un fragment d'organe, ou l'inoculation opératoire de la plaie.

b) *Celles qui tiennent au milieu*, c'est-à-dire à la présence de l'uretère dans la plaie, ou bien à la graisse périrénale.

A. — FISTULES DUES À L'OPÉRATION ELLE-MÊME

1° *Le fil de soie* laissé dans la plaie. Il arrive que le chirurgien tombe quelquefois au cours d'une néphrectomie et dès l'ouverture de la paroi lombaire, sur un bloc de périnéphrite si important qu'il va singulièrement compliquer sa tâche ; le pédicule rénal est épais, empâté, induré et constitué par du tissu scléreux. Si

on essaie de placer sur ce pédicule simplement un catgut, celui-ci ne mord pas sur ce bloc de consistance ferme ; si on veut y placer une pince à demeure, celle-ci ne l'écrasera qu'imparfaitement, et d'ailleurs il est indéniable que cette pince à demeure est une défectuosité opératoire.

C'est alors que l'on doit employer pour la ligature de ce pédicule rénal, un fil de soie avec lequel on pourra le serrer et l'étrangler sans le couper ; et nous serons certains à ce moment que la ligature ne se desserrera pas ; ni ne glissera ; on pourra alors terminer la néphrectomie en toute tranquillité, d'autant plus qu'on aura laissé un plus gros bloc de tissu au delà de la ligature.

Mais il y a un inconvénient dans ce procédé, c'est la suppuration entretenue par ces fils de soie non résorbables. La soie peut en effet entretenir pendant un temps indéfini une suppuration assez importante comme dans l'observation que nous allons citer plus loin et que nous devons au professeur Legueu. Toutefois on peut réduire cet inconvénient en employant le procédé suivant. Lorsque l'on place une ou deux soies sur le pédicule rénal on ne coupe pas les bouts en trop des fils de soie, mais au contraire on les laisse sortir hors de la plaie. Puis au bout de trois à quatre semaines on ouvre très légèrement la plaie, on tire un peu sur la soie et on la coupe : on la retire donc au lieu d'attendre son élimination naturelle qui est susceptible de durer fort longtemps.

Tout ce chapitre est puissamment illustré par l'obser-

vation suivante que nous devons à notre maître le professeur Legueu.

M^{me} Saint-M..., 25 ans, entre à Necker en décembre 1922, salle Laugier, a une fille de 13 mois.

Antécédents. — Pas d'antécédents urinaires il y a un mois, elle fait une fausse-couche, perte de sang noirâtre abondante, pendant trois jours, pas de douleur, pas de fièvre. Puis huit jours après elle se plaint de douleurs dans l'hypochondre gauche, pertes purulentes, crémeuses, fétides, mais aucun symptôme urinaire.

Entrée à Necker où l'on constate : des douleurs spontanées dans l'hypochondre gauche, des douleurs provoquées dans la région rénale et dans l'hypochondre gauche. On pratique un examen fonctionnel de la sécrétion rénale qui ne donne rien à droite et à gauche de très nombreuses cellules et hématies, et une déficiente en eau chlorures et urée.

On fait une pyélographie qui montre une grosse hydronéphrose gauche.

Le 11 décembre, on pratique une néphrectomie : elle est difficile et on est dans l'obligation de lier le pédicule rénale avec une grosse soie tant il est entouré de périnéphrite. Suites opératoires normales, mais mauvais état général, héciticité et il subsiste à la partie supérieure de la plaie opératoire une fistule par laquelle sortent les deux chefs de la soie de ligature.

Le 27 janvier, la fistule ne se modifiant pas, on intervient de nouveau pour extraire le fil du pédicule rénal et pour fermer la fistule. Cette fermeture est facile après résection de l'orifice fistuleux et avivement des différents plans musculaires et

sous-cutané. On referme en deux plans sur drainage filiforme. Ce drainage est supprimé le 2^e jour et la malade sort de l'hôpital avec une plaie parfaitement cicatrisée.

Le 17 février, la malade revient à la consultation de l'hôpital et nous montre sa plaie absolument cicatrisée et ne suintant de nulle part. Son état général est parfait, elle semble guérie définitivement de sa fistule.

Il est entendu que le rein de cette femme n'était pas tuberculeux mais hydronéphrotique. Mais nous avons précisément pas choisi une observation de tuberculose rénale pour qu'on ne puisse pas nous objecter la participation possible de l'agent tuberculeux disséminé un peu partout dans la région, à la formation de cette fistule et pour prouver ainsi plus clairement la participation du fil de soie que l'on sera amené malgré soi à employer dans quelques néphrectomies pour tuberculoses, particulièrement difficiles, et où il faut saisir sûrement et à tout prix fortement un pédicule rénal environné d'une grosse péri-néphrite dont on ne peut le délivrer.

Le corps étranger. — Par corps étranger dans la plaie lombaire nous n'entendons pas évidemment parler d'une pince ou d'une compresse abandonnée par mégarde dans la région opérée ! mais surtout d'un fragment d'organe de rein ou de bassin, comme l'observation suivante le prouve :

Périnéphrite suppurée ouverte dans l'uretère après néphrectomie pour pyonéphrose. Echec de l'incision, fistule ; guérison après pyélotomie et urétérectomie totale.

Le professeur Legueu opère à Necker un malade R. P..., âgé de 34 ans, dont l'histoire était celle-ci :

En mai 1904, il fut opéré à l'hôpital pour une pyonéphrose gauche datant de plusieurs années, l'opération se passa sans incident, malgré quelques difficultés tenant au volume de la poche.

La plaie fut largement drainée ; elle se ferma néanmoins au bout de six semaines. Mais alors que l'examen préparatoire avait montré l'intégrité fonctionnelle du rein droit, les urines restèrent troubles après l'opération. Chaque jour dans le vase ou le bocal les urines déposaient un abondant dépôt à tel point que si l'on avait ignoré que le malade ait subi antérieurement une néphrectomie, on aurait pu affirmer qu'il était encore porteur d'une pyonéphrose.

La vessie fut traitée sans résultat ; elle était d'ailleurs absolument intacte, et la cystoscopie pratiquée par M. le Dr Pasteau qui avait aidé à l'opération, et avait continué à suivre le malade, montra une *éjaculation purulente absolument nette du côté néphrectomisé*.

Il y avait donc de ce côté, dans l'uretère une suppuration qui, ne trouvant pas à s'éliminer par une plaie, continuait à se déverser par l'uretère dans la vessie.

Pendant un an, le malade resta sans traitement et sans modification. Les mictions étaient rares et sans douleur : seulement les urines contenaient une abondante quantité de pus, l'état général restait parfait.

Au bout d'un an cependant le malade ressentit quelques douleurs, quelques élancements dans le flanc gauche. Peu à peu, très lentement, la douleur augmenta en même temps qu'un empâtement profond était en train de se constituer et devenait appréciable. La fièvre s'installait entre 38° et 38°2.

C'est dans ces conditions que le malade fut montré au pro-

fesseur Legueu par M. Pasteau, qui, ayant aidé à la précédente opération, était très à même de lui affirmer que la néphrectomie avait été correcte et totale.

Il fallait avant tout inciser et évacuer cette assez grosse ulcération qui évacuait son pus par l'uretère.

Le professeur Legueu opéra ce malade le 2 novembre 1905. Il fit une incision lombaire sur le trajet de la première incision et arriva lentement à une assez grande profondeur et le long de la colonne vertébrale, à une masse dure qui tenait ferme à la paroi. Il l'incisa au bistouri doucement, prudemment, et après avoir erré dans les plans de clivage que créait le doigt ou parvint dans une cavité lisse, régulière, en entonnoir et qui en bas s'abaissait vers l'uretère et devait en effet se continuer avec l'uretère.

Qu'était cette cavité ? le bassinnet lui-même ? On ne le pensa pas, car la paroi était absolument régulière. L'uretère ? non plus, car le calibre de la poche était bien supérieur à celui qu'avait ou que pouvait avoir l'uretère. On pensa que de l'uretère était partie une infection qui, là, avait colonisé, avait élaboré une zone périphérique de protection pendant qu'au centre une suppuration de faible virulence évacuait vers l'entrée le produit de la sécrétion journalière.

Réséquer cette poche, il n'y fallait pas penser ; les adhérences considérables qu'elle avait contractées de tous côtés s'y opposaient ; on renonça donc à l'enlever. On chercha aussi l'uretère pour le lier, ou du moins pour l'enlever. Mais on n'eut pas plus de succès de ce côté-là, et on ne put au milieu de cette masse fibreuse considérable, arriver à reconnaître et à isoler l'uretère.

On se contenta donc de manier longuement cette poche, et

on sortit de cette intervention aussi peut satisfait que possible et l'on sentait bien que l'on n'avait pas fait œuvre suffisante, et l'avenir ne tarda pas d'ailleurs à confirmer ces prévisions.

A la suite de cette opération, la fièvre tomba, et à ce point de vue le malade fut amélioré ; mais alors *il conserva depuis ce moment une fistule* ; la suppuration se faisait jour par la voie lombaire qui lui avait été ouverte. Et elle persistait. Le malade rendait du pus et par l'uretère et par sa fistule.

Pendant un an il en fut ainsi sans que l'on ait constaté la plus petite modification dans le sens favorable. La malade ne voulant plus rester dans cet état, c'est alors que le professeur Legueu procéda à une troisième opération.

Le malade entre à l'hôpital, et le 23 novembre 1905 on lui fit l'opération suivante : longue incision qui va de l'épine du pubis à la région lombaire du côté déjà néphrectomisé ; on rencontre dans cette région la cicatrice résultant de la précédente opération et on aboutit à la fistule purulente.

On incise la couche musculaire et on arrive dans la fosse iliaque. Le péritoine est décollé assez difficilement, car à la suite des opérations antérieures il a contracté des adhérences avec la paroi. On l'ouvre deux fois et on a bien soin de fermer intégralement les brèches ainsi créées.

On arrive ainsi au foyer de péri-urétérisme et alors renonçant à aborder l'uretère dans la zone d'induration où on n'a pu le découvrir la première fois, on va à la vessie, on cherche l'uretère sortant de la vessie, on le reconnaît au sommet d'une péri-urétérisme intense qui descendant de haut se dirige vers la vessie sans l'atteindre. On coupe le cordon urétéral au ras de la vessie et, incisant de bas en haut sur lui la gaine de sclérose qui l'entoure, on le voit se laisser aisément décortiquer,

aussi facilement que le rein au cours d'une néphrectomie lombaire. Et l'on parvient jusqu'en haut, jusqu'à la région lombaire d'où l'uretère ramène avec lui *une partie large, évasée du bassin, qui lui faisait suite.*

Cette fois on était bien sûr d'avoir fait une opération complète ; celle-ci cependant n'avait pas été sans difficulté, on avait à plusieurs reprises ouvert le péritoine, le pus de l'uretère s'était répandu dans toute cette plaie très large. On draina largement de haut en bas, et on reconstitua par la suture les plans musculaires et cutanés de la paroi.

Le malade supporta, mieux qu'on le craignait, cette opération. Il guérit vite et la plaie se réunit dans toute son étendue sauf au niveau des drains. Dès le jour de l'opération, les urines furent absolument limpides. En six semaines toute trace de fistule avait disparu et le malade quittait le service en bon état le 29 décembre. L'uretère enlevé, examiné par M. Verliac, chef de laboratoire, ne présentait aucune lésion tuberculeuse ou néoplasique ; il était seulement infiltré dans tous ses plans de leucocytes polynucléaires. C'était simplement un uretère infecté.

De cette observation nous avons deux conclusions à tirer.

La première a trait à la pathogénie de ces suppurations de la loge lombaire après la néphrectomie, et de ces pyuries persistantes. Une des causes principales, — nous ne disons pas la seule, — de ces suppurations, que nous appelons péri-néphrites, n'ayant pas d'autres termes pour les caractériser, n'est autre que la conservation ou du bassin ou des fragments de bassin dans

la plaie lombaire après des opérations souvent difficiles mais qu'on a souvent pu cependant avoir complètes.

Laisser au cours de la néphrectomie quelques fragments détachés de parenchyme rénal n'a pas tout de même une si grande importance, car ces fragments arrivent à s'atrophier et à disparaître ; et au bout d'un certain temps on n'en trouve plus trace que sous la forme d'un noyau fibreux : une autopsie nous en a donné la preuve.

Les fragments de bassinnet au contraire ne peuvent s'atrophier. Ils persistent. S'ils restent au contact de l'uretère, ils font un abcès enkysté qui se vide par l'uretère et la vessie. Sinon ils font un abcès tardif, à date éloignée, qui s'ouvre à la région lombaire. Ils produisent ou entretiennent la « périnéphrite après la néphrectomie ».

La deuxième conclusion qui se dégage de cette constatation est d'ordre thérapeutique : recourir à l'ablation des fragments conservés du bassinnet et de l'uretère correspondant. Nous développerons ce point dans le chapitre du traitement des fistules.

3° *L'uretère intervient-il dans les fistules lombaires purulentes.* — L'uretère peut être cause de fistules après la néphrectomie, pour tuberculose, mais de fistules urinaires comme nous l'avons vu au début de ce travail. Ces fistules résultent des lésions tuberculeuses de l'uretère, ulcérations, épaissements, dilatations, toutes causes favorisant l'ascension de l'urine de bas en haut vers la fistule.

Mais on n'a pas signalé jusqu'ici de fistules purulentes entretenues par des lésions urétérales.

4° *La graisse péri-rénale.* — Si nous avons, dans le chapitre précédent, dénié toute importance à l'uretère dans la pathogénie des fistules purulentes, c'est en faisant abstraction de la graisse périurétérale dont nous voulons faire l'étude en même temps que nous exposerons l'évolution de la graisse péri-rénale et de ses lésions, au cours de la tuberculose rénale.

Ce que traduit la fistule lombaire purulente après la néphrectomie pour tuberculose, c'est l'évolution vers la guérison des lésions tuberculeuses de la graisse péri-viscérale; qu'il s'agisse de l'atmosphère celluleuse péri-rénale, péri-pyélique ou péri-urétérale, l'évolution est identique dans tous les cas, elle est lente mais aboutit à la guérison.

Nous allons examiner successivement :

a) Les lésions de l'atmosphère périnéphrétique dans la tuberculose rénale.

b) Les lésions qu'on laisse dans la loge après la néphrectomie.

c) L'évolution de ces lésions.

a) Les lésions de la graisse péri-rénale diffèrent non dans leur nature, mais dans leur répartition et dans leur intensité suivant la variété des lésions rénales.

Nous ne chercherons pas à établir comment s'installent ces lésions : par propagation directe, ou lymphagitique ; le fait seul que les lésions diffèrent suivant l'aspect des lésions rénales, suffit à nous prouver que les lésions de la graisse sont secondaires aux lésions

parenchymateuses, et c'est le seul point qui nous intéresse.

Dans les formes purement pyélitiques, les lésions de la graisse occupent le minimum d'étendue : elles sont généralement limitées à la graisse péripyélique et périurétérale.

Dans les formes parenchymateuses, lorsqu'il existe de nombreuses granulations périphériques, la graisse périrénale est envahie par la tuberculose au niveau des groupes de granulations qui affleurent à la surface du rein.

C'est par l'épaississement et le durcissement que se traduit macroscopiquement cet envahissement ; c'est par l'existence de lésions tuberculeuses spécifiques qu'elle se traduit histologiquement.

La continuité de ces lésions avec les lésions rénales entraîne des adhérences dont l'étendue est généralement en rapport avec l'importance des lésions superficielles et dont la résistance est proportionnelle à leur ancienneté.

b) De ces lésions de la graisse périrénale, on laisse toujours un certain nombre dans la plaie de néphrectomie.

Dans les néphrectomies sous-capsulaires, on les laisse toutes et ceci explique que dans ce cas la fistule purulente soit presque la règle.

Dans les néphrectomies pour tuberculose purement pyélitique, on n'en laisse que très peu, soit au niveau du pédicule soit au pourtour de l'uretère.

Entre ces 2 cas extrêmes, il y a tous les intermé-

diaires ; mais on laisse toujours quelques tubercules dans la plaie de néphrectomie et c'est de leur évolution que dépendra la fistule lombaire purulente.

c) La tuberculose de la graisse périrénale a une tendance spontanée vers la sclérose ; nous n'en voulons pour preuve que la formation d'adhérences réno-périrénales qui implique la formation du tissu fibreux et la non existence de tuberculose périrénale caséuse sauf en cas de perforation rénale. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que ces lésions lorsque la néphrectomie les a débarrassées d'un organe voisin qui les réactivait constamment, subissent une évolution vers la guérison et c'est pourquoi après une première phase d'élimination caséopurulente, les fistules purulentes lombaires ont une tendance normale à la guérison spontanée.

VI

TRAITEMENT

Nous commencerons tout d'abord par examiner s'il n'y a pas de moyens capables de prévenir l'apparition des fistules purulentes, et nous terminerons par le traitement direct de ces complications si spéciales.

Traitement préventif.

Si la néphrectomie est facile, s'il n'y a pas de péri-néphrite importante il faut opérer sans ouvrir le rein, ce qui est d'une importance considérable pour éviter la contamination de l'atmosphère péri-rénale. Si le rein est gros, dilaté il est nécessaire de prendre toutes les précautions utiles pour ne pas le rompre en le libérant.

Nous n'insisterons pas sur la technique de la néphrectomie fixée par le professeur Legueu dans son traité d'urologie, mais cependant 2 points attirent notre attention.

1° Le rein ayant été enlevé sans être ouvert on retire en même temps que lui une partie de la graisse qui l'entoure, graisse le plus souvent infiltrée de tubercules.

2° Puis tous les soins doivent être pris dans le traite-

ment de l'uretère qui est reconnu, isolé, lié et sectionné le plus bas possible au thermocautère, car si les fistules liées à une altération de l'uretère sont exceptionnelles, il ne faut pas oublier que des observations en ont été données. Il faut donc en tenir compte.

Dans certains cas où on ne pourra lier et sectionner trop bas l'uretère on fera la ligature à 4 ou 5 centimètres du rein. La partie de l'uretère laissée en place, abandonnée à elle-même dans la plaie, est altérée et contient évidemment des lésions tuberculeuses, mais régulièrement tout s'arrange pour le mieux. Et pas un seul de ces malades ainsi traités dans la clinique de Necker, et ce fait a son importance, n'a offert de complication. Il n'en sera pas moins utile d'exagérer les minuties de technique. Mais si la néphrectomie est rendue compliquée par une périnéphrite intense, la néphrectomie sous-capsulaire trouve alors ses indications. Nous n'avons pas à insister plus longtemps sur ces points de technique, mais cependant remarquons que cette opération laisse une poche infectée, susceptible de s'infecter secondairement, et par là de désunir la plaie et de produire ces grandes inoculations dont Rochet, de Lyon, et le professeur Legueu ont observé des exemples. De plus les poches rénales seront nécessairement ouvertes au cours de la décortication. Nous croyons donc toujours plus avantageux de les vider d'abord par l'aspiration ou de les ouvrir délibérément, de les éponger, et de les assécher avec des compresses. On peut ainsi restreindre au minimum la contamination de l'atmosphère celluleuse péri-rénale.

C'est dans cette catégorie des néphrectomies laborieuses qu'on est amené quelquefois à serrer un pédicule rénal avec un fil de soie. Pour éviter d'entretenir une fistule par ce fil non résorbable il sera nécessaire d'employer la précaution suivante : on fera sortir par l'angle de l'incision les chefs ou fil de ligature afin de pouvoir facilement trois ou quatre semaines après l'opération enlever facilement ces fils et le nœud du pédicule par une intervention bénigne, rapide, et des plus faciles. On évitera donc ainsi d'attendre l'élimination spontanée de la soie qui est toujours longue et provoque une suppuration interminable.

Mais c'est surtout dans ces néphrectomies avec grosse péri-néphrite qu'il faut prendre garde de ne pas laisser dans la plaie un fragment de bassinnet, tissu non résorbable. La conclusion thérapeutique qui s'en dégage c'est qu'il faut toujours *s'astreindre au cours de ces néphrectomies pénibles à enlever le bassinnet tout entier*, et l'uretère sur la plus grande longueur de son trajet. D'ailleurs, la crainte de laisser dans la plaie une partie du bassinnet a fait à peu près abandonner par tous les ligatures en masse du pédicule pour les ligatures isolées des vaisseaux d'une part, et de l'uretère d'autre part. C'est la seule façon d'éviter cette faute qui peut avoir les plus désagréables conséquences. Mais il faut malheureusement compter avec quelques néphrectomies difficiles et laborieuses. C'est dans ces cas, dans lesquels on aura pu laisser un fragment d'organe, où il conviendra d'agir comme il va être indiqué plus loin.

TTAITEMENT DIRECT.

Le convalescent de néphrectomie dont l'état général s'est rapidement amélioré est toujours impatient de se débarrasser d'une fistule qui paraît devoir prolonger son hospitalisation. En effet dans combien de cas la fistule lombaire n'est-elle plus que le dernier témoin d'une affection merveilleusement vaincue par la néphrectomie. Que faut-il faire ?

Dans une clinique inédite voici ce que disait dernièrement le professeur Legueu à propos de la majorité de ces fistules post-opératoires.

« Je défends à mes malades porteurs de fistules et sortant de mes mains, d'aller ailleurs, car il faut se méfier d'un réflexe médical : on voit une fistule, on veut faire un grattage. Pour ma part je ne fais jamais cela et je demande à mes malades de ne jamais se laisser condamner à cette pratique. Je leur évite ainsi des accidents fâcheux, car en allant gratter cette fistule il n'est pas rare de léser la veine cave ou l'aorte. Il faut avoir le courage de dire au malade qu'il est régulier qu'il ait une fistule. Et si vous êtes sûr qu'elle ne contient pas de corps étranger, attendez, *et elle se fermera toujours*. Je veux bien que l'on injecte du goménol, de la pâte de Beck, cela n'a jamais fait de mal. Le mieux est de garantir la plaie contre l'infection par des compresses stérilisées, et un lavage extérieur de la cicatrice à l'alcool. Et je suis sûr que la fistule se fermera ; d'ailleurs

l'état général du malade va en s'améliorant malgré cette fistule ».

Donc comme conclusion pratique : si l'on est sûr que la fistule n'est pas due à la présence d'un corps étranger, abstention opératoire et la protection de l'opéré contre des manipulations inutiles dont il pourrait être l'objet par d'autres chirurgiens.

Dans les cas complexes (fil de soie, fragment d'organe) tout dépend de la cause. L'ablation du gros fil de soie en suivant les chefs qui débordaient la plaie provoque immédiatement le tarissement et la fermeture de la fistule dans l'observation que nous avons publié. Ceci ne se fera pas avant la troisième ou la quatrième semaine qui suit la néphrectomie.

S'il convient de recourir à l'ablation de portions de bassin et ou d'uretère, la recherche de l'uretère dans ces cas sera le fil conducteur infailible qui permettra d'arriver au milieu d'une périnéphrite intense, scléreuse, et parfois suppurée sur les fragments d'organes à extraire. Mais on peut se trouver aux prises avec des difficultés considérables, comme une péri-urétérite intense qui masque l'uretère et dans laquelle il n'est ni simple ni peut-être prudent de plonger au hasard le bistouri. Constatant alors dans notre observation, que la péripyélite suivait la périnéphrite, qu'elle était descendante, qu'elle était en bas moins intense qu'elle ne l'était en haut on est allé d'abord en bas au contact de la vessie reconnaître l'uretère et l'aborder ; de là on l'a suivi de bas en haut. L'uretère se laissa *dégainer* avec la plus grande facilité, et il fut ainsi possible de rame-

ner avec lui les restes du bassinnet qui étaient la cause de la fistule purulente.

Et pour conclure nous dirons avec le professeur Legueu : si habituellement l'uretère demande à être enlevé de haut en bas, parce que le rein constitue pour le découvrir, un point de repère infallible alors même qu'il est perdu au centre d'une péri-urétérite intense, au contraire après la néphrectomie, c'est de bas en haut qu'il faut le chercher lorsque perdu lui-même au milieu de ces indurations fibreuses il ne présente en haut aucun point de repère. Ce petit point de technique a donc une grande importance dans la cure radicale des fistules lombaires après la néphrectomie.

VII

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Professeur LEGUEU)

Néphrectomie, fistule par fil de soie sur un pédicule entouré de péri-néphrite. Ablation du fil de soie. Guérison immédiate.

Femme S., 25 ans.

Observation déjà publiée dans le chapitre V, § 1.

OBSERVATION II (Professeur LEGUEU)

Périnéphrite suppurée ouverte dans l'uretère après néphrectomie pour pyonéphrose tuberculeuse. Echec de l'incision, fistule. Guérison après pyélectomie et uretérectomie totale.

Observation déjà publiée au chapitre V, § 2.

OBSERVATION III

Double lombotomie, fistule lombaire, purulente après néphrectomie pour tuberculose rénale gauche, tandis que la plaie se cicatrise rapidement du côté sain qui a été ouvert. Guérison complète sans traitement.

C... Louis, 32 ans.

Tuberculose rénale avec le syndrome complet : pollakiurie intense, douleurs vésicales, urines troubles et décolorées.

Entre à Necker; l'impossibilité d'un examen fonctionnel impose une lombotomie double.

Le 18 mars 1922 intervention. On ouvre la paroi lombaire à droite : rein d'extérieur sain.

On ouvre à gauche : gros rein bosselé, *néphrectomie gauche*; fermeture de la plaie lombaire à gauche puis fermeture de la plaie lombaire à droite.

La plaie se cicatrise très vite.

Le 2 avril 1922 la plaie est complètement fermée.

Le 10 avril 1922, léger suintement au bas de la plaie.

Puis écoulement abondant de pus par un orifice nettement localisé.

Fistule lombaire purulente gauche, à droite où le rein n'avait aucune lésion extérieure la plaie reste absolument cicatrisée, ce qui prouve bien l'influence du milieu tuberculeux sur la formation de la fistule purulente.

Avril 1923. — La fistule vient de se fermer complètement; pendant un an le malade n'a fait que des applications d'alcool sur la plaie extérieure afin d'éviter sa contamination.

OBSERVATION IV

Deux fistules purulentes lombaires du même côté après néphrectomie. Guérison complète sans traitement en neuf mois et en même temps.

C..., 35 ans.

Août 1921. — Douleurs testicule gauche, hématurie, douleurs lombaires, urines normales, mictions normales.

Septembre 1921. — Douleurs lombaires.

19 septembre 1921. — Les urines deviennent troubles,

douleurs lombaires, plus d'hématurie, pollakiurie diurne (5 à 6 fois), nocturne (1 ou 2 fois).

Instillations au protargol 3/300 trois fois par semaine.

6 octobre 1921. — Douleurs lombaires. Urines toujours troubles, pollakiurie identique.

7 octobre 1921. — *Examen cystoscopique.* — Cystite du bas fond. Orifice urétéral gauche rouge, irrégulier entouré d'une zone d'œdème. Au-dessus et à droite une petite ulcération. Orifice droit normal.

10 octobre 1921. — Entre à l'hôpital.

26 octobre 1921. — *Néphrectomie gauche facile.*

10 novembre 1921. — La plaie opératoire est complètement fermée.

20 novembre. — La plaie s'ouvre à sa partie supérieure.

5 décembre. — La plaie s'ouvre encore à sa partie inférieure.

Donc présence de deux fistules nettes du même côté, avec émission d'un pus verdâtre très abondant.

Le malade doit venir alors une fois par semaine faire nettoyer sa plaie à l'alcool.

Jusqu'en mai 1922 les deux fistules coulent régulièrement.

Juin, juillet 1922. — Le trajet de la grosseur d'un crayon a diminué de diamètre et pendant ces deux mois après la formation de croûtes les orifices des fistules se ferment et s'ouvrent alternativement.

Juillet 1922. — Les deux fistules se ferment le même jour.

OBSERVATION V

Fistule purulente après néphrectomie.

G... G., 33 ans.

Néphrectomie droite pour tuberculose rénale le 9 janvier 1922. Drain. La plaie se cicatrise très vite, mais à l'endroit du drain qu'il a fallu placer pendant l'opération et que l'on en retire cinq jours après, persiste un suintement.

19 janvier. — Fistule purulente qui s'ouvre.

Mars 1923. — La fistule persiste, le pansement est traversé. On met un peu de nitrate d'argent sur la plaie.

Mai 1923. — Rien de changé.

OBSERVATION VI

*Fistule purulente après néphrectomie
pour tuberculose rénale.*

J... André.

29 décembre 1922. — Néphrectomie gauche pour tuberculose.

18 janvier 1923. — La plaie est complètement cicatrisée.

1^{er} février 1923. — S'ouvre une fistule qui donne du pus en abondance et sans arrêt, pansement tous les jours, quelques injections d'huile goménolée.

Jusqu'en mai 1923 deux pansements par semaine, la fistule a beaucoup diminué en purulence et en profondeur, mais n'est pas encore oblitérée à l'heure actuelle.

OBSERVATION VII

*Fistule purulente après néphrectomie désunion de la plaie,
fermeture fistule persistante.*

C..., lit 24 entre le 9 décembre 1922 salle Laugier. Pollakiurie nocturne, urines troubles, cystalgie.

11 décembre 1922. — Az = 0.409 ; K = 0,104.

20 décembre 1922. — Néphrectomie droite correcte mais l'uretère lâche, drain.

22 décembre. — Température : 40°.

24 décembre. — On retire le drain.

Le 2 janvier 1923 on retire tous les fils.

7 janvier. — Suintement par la plaie qui coule de plus en plus.

10 janvier. — La plaie se désunit. Staphyloce dans le pus.

25 janvier. — Opération : fermeture de la plaie lombaire, séparation des plans avivement catgut sur le plan musculaire un faisceau de virus de drainage.

4 février. — Malgré l'opération la fistule persiste, mais la plaie est restée unie.

Mai 1923. — Depuis février la fistule qui a beaucoup suppuré pendant deux mois, a beaucoup moins donné. Une lettre récente de la malade indique une très forte diminution de l'écoulement et du diamètre de l'orifice de la fistule.

OBSERVATION VIII

*Fistule après néphrectomie pour tuberculose
et après fermeture rapide de la plaie.*

B. . Henri, 36 ans, néphrectomie gauche pour tuberculose, fermeture rapide de la plaie en trois semaines. Mais reste un petit orifice situé au bas de la plaie par lequel file un léger suintement verdâtre. L'état général ne s'améliore pas.

3 mars. — Le malade fait 39, 39°8. Frissons, mauvais état général.

6 mars. — Après trois jours de cet état la fièvre baisse brusquement et le malade constate alors que son pansement est traversé par du pus. Depuis le malade se lève et va beaucoup mieux.

Août. — La cystite va beaucoup mieux, la fistule suinte toujours.

Mai. — La fistule suinte déjà beaucoup moins.

Examen bactériologique du pus au microscope, polynucléaire utragène, streptocoque, staphylocoque, colibacille en grande quantité.

Culture : sur bouillon ; repiquage sur gélose la culture a une odeur fétide ; examen microscopique : colibacille.

1^{er} juin. — La fistule n'est pas fermée.

OBSERVATION IX

Néphrectomie pour tuberculose rénale, fistule.

A... Germaine, 19 ans. Entre à Necker le 30 mars 1923, salle Laugier, lit 21. La malade se plaint de douleurs vésicales :

Le début de la maladie s'est manifesté en janvier par de la pollakiurie.

Le 30 mars 1923 à son entrée on note une pollakiurie très intense. Pollakiurie diurne, 20 fois. Nocturne, 20 fois et plus.

Les urines sont troubles et la malade se plaint de douleur à la miction. Elle a noté trois hématuries terminales.

Elle n'a jamais ressenti de douleur lombaire.

A l'examen de la malade on note un bon état général mais une température de 38°, des reins perceptibles des deux côtés, et une palpation très douloureuse dans la région hypogastrique.

Le 4 avril 1923 on tente une cystoscopie; la faible capacité (20 c. c.) et les douleurs rendent impossible l'examen.

Le 14 avril on note une azotémie de 0,45 et une constante d'Ambard de 0,083.

Le 16 avril on pratique une lombotomie droite: rein médiocre; On fait ensuite une lombotomie gauche qui permet de constater de graves lésions de ce rein qui montre en outre sur toute sa surface un *semis de granulations tuberculeuses*. On fait l'ablation de ce rein. Puis on revient à droite pour fermer la plaie de lombotomie.

Cette dernière se cicatrise admirablement.

L'incision de néphrectomie gauche, au contraire, se rouvre partiellement le 3 mai: la déhiscence de la plaie s'effectue peu à peu. Elle est anfractueuse; les lèvres en sont décollées. Le fond paraît formé par les muscles qui prennent peu à peu une teinte blanchâtre. Leur surface se recouvre d'un enduit puriforme, jaunâtre, adhérent.

D'une façon générale, la plaie suppure abondamment quel que soit l'antiseptique employé. A aucun moment, on n'observe d'odeur urineuse au niveau de cette plaie.

A partir du 30 avril, la température qui avait baissé décrit à nouveau de grandes oscillations atteignant le soir 40°.

La malade s'amaigrit progressivement : l'état général s'altère dès cette période et ne cessera de décliner.

Peu à peu surviennent des signes de réaction méningée : photophobie, strabisme, céphalée, inégalité pupillaire, soubresauts musculaires au niveau des membres supérieurs. Pas de vomissements, ni de constipation.

L'abdomen est souple, non douloureux. La malade ne se plaint guère : ses facultés intellectuelles s'amoindrissent. Elle est plongée dans une sorte de demi-coma avec agitation nocturne.

Le 19 mai, diarrhée abondante qui apparaît subitement. Les selles, fluides, ont une odeur d'urine ayant subi la fermentation ammoniacale. Le toucher rectal ne révèle rien de particulier. Dès cette époque, la quantité d'urines rendue par l'urètre diminue cependant d'une façon considérable et la malade meurt rapidement dans la nuit du 28 au 29 mai.

Le 30 mai 1923, on pratique l'autopsie : méningite tuberculeuse énorme, foie gras et congestionné.

Appareil urinaire enlevé en bloc : à gauche la région rénale est occupée par une cavité bordée de tissu suppurant, relativement dur, probablement bacillaire, ouvert au niveau de la plaie lombaire gauche. A la coupe, cette paroi dure et épaisse est constituée par du tissu fibreux parsemé de nodules ou de nappes de tissu caséux, cette cavité ne communique pas avec la cavité de l'uretère sectionné assez bas et qui, gros, dur, à parois épaisses, contient de la matière caséuse et présente *une périurétérite fibreuse très accentuée*.

CONCLUSIONS

I. — L'apparition d'une fistule lombaire peut être considérée comme presque la règle après la néphrectomie pour tuberculose.

II. — Elle survient d'ordinaire dans les trois à six semaines qui suivent la néphrectomie et se manifeste par un écoulement purulent abondant qui peut contenir du bacille de Koch mais surtout des microbes dus à l'infection secondaire (streptocoque, staphylocoque, colibacille, etc...).

III. — Les causes de ces fistules peuvent être la présence dans la plaie d'un fil de soie, d'un fragment d'organe, bassinnet ou uretère. Exceptionnellement l'uretère seul peut être mis en cause. Le plus souvent la loge rénale, la graisse périrénale, périurétérale et péri-pyélique restent la cause essentielle des fistules lombaires, qu'il s'agisse d'une infection spécifique tuberculeuse de l'atmosphère graisseuse ou d'une infection banale secondaire.

IV. — Pour prévenir ces fistules il ne faut pas craindre d'exagérer les minuties de technique au cours de la néphrectomie. Le rein doit surtout être enlevé sans avoir été ouvert et l'uretère sectionné au thermocautère le plus bas possible. Les chances de ces fistules seront considérablement augmentées avec les néphrectomies sous-capsulaires.

V. — Pour les guérir, si la fistule est due à la présence d'un fil de soie utilisé pour assurer une ligature difficile du pédicule rénal, il faut de toute nécessité retirer ce fil dans les trois à six semaines qui suivent la néphrectomie. Si elle est due à un fragment de bassinnet agissant comme corps étranger, l'ablation de ce fragment d'organe s'impose et seule peut amener la guérison rapide de la fistule. Si la fistule est provoquée par l'infection tuberculeuse de l'atmosphère périrénale, et c'est la cause essentielle de ces fistules, mieux vaut ne pas la traiter directement, mais simplement la panser aseptiquement, et par de petits moyens (injections de teinture d'iode, huile goménolée, pâte de Beck — héliothérapie — injections intraveineuses de sels de terres rares) essayer d'en abréger la durée.

On peut être certain que la fistule lombaire purulente se fermera spontanément, car la néphrectomie a supprimé un organe qui réactivait constamment ses lésions tuberculeuses et dont la disparition favorise nettement l'évolution de la graisse périrénale infiltrée vers la sclérose. Il faut donc avertir le malade et le mettre en garde contre les tentatives opératoires directes qu'on pourrait lui proposer et qui peuvent parfois dangereuses.

Vu : le Président de la thèse,

F. LEGUEU

Vu : le Doyen,
G. ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,

P. APPELL

■

BIBLIOGRAPHIE

- Professeur LEGUEU. — Fistules consécutives à la néphrectomie.
Traité d'Urologie, chez Alcan, 2^e édit., p. 844.
- Graisse périrénale. I^{er} Congrès de l'Assoc. internationale d'urologie. Paris 1908, rapport p. 682.
 - Des périnéphrites à la suite de la néphrectomie. *Revue de Chirurgie*, 1909, p. 86, t. XXXIX.
 - *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1908, 26 février, p. 276.
 - Fistules intestinales lombaires. Cliniques de Necker, t. II, n^o 307 (Douin).
 - Suites de la néphrectomie. Cliniques de Necker, t. II (Douin).
- ALBARRAN. — Traitement des fistules consécutives à la néphrectomie. XII^e Congrès français de Chirurgie, Paris, 1898,
- ALGLAVE. — Fistules rénales. *Encyclopédie française d'urologie*, 1914, p. 367.
p. 85, 17 octobre 1898.
- BOECKEL. — Valeur de la néphrectomie dans la tuberculose rénale, *Thèse Nancy*, 1912. Chapelot.
- HERTZBISCHOFF. — Tuberculose vésicale. *Encyclopédie française d'urologie*.
- JEANBRAU. — Cystites tuberculeuses *Précis. de pathologie chirurgicale*.

LORIN. — L'uretère après la néphrectomie. *Thèse Paris*, 1914.
Le François.

MARION. — Fistules lombaires. *Traité d'Urologie*, 1921,
p. 391, t. I.

PAPIN. — Reflux vésico-urétéral d'urine après néphrectomie
pour tuberculose rénale. Société française d'Urologie,
1919-1920, p. 209.

POUQUET. — Fistules rénales post-opératoires et leur traitement.
Thèse Paris, 1901.

POUSSON. — Fistules duodénales. Société française d'Urologie,
mars 1920, p. 49.

RAFIN. — Fistules lombaires. *La Clinique*, 14 août 1908.



